SUPPURATIONS ET AFFECTIONS

N° 25.

CHRONIQUES

DE LA

BOURSE TROCHANTÉRIENNE

PROFONDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 24 décembre 1887

PAR

Gratien MAILLIER

Né à Châlons-sur-Marne

Ancien Externe des hôpitaux de Montpellier (Concours décembre 1885)

Ex-Interne des hôpitaux de Nimes (Concours novembre 1886)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS

1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des mal. ment. et nerv.	CAVALIER (✲).
Idem. (Chargé du cours).	MAIRET.
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✲).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants. MM	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSÉ (✲).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*
GRYNFELTT, professeur.
GERBAUD, agrégé.
FORGUE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

Je te dédie cette thèse : c'est un faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance. Je n'oublierai jamais tout ce que tu as fait pour moi.

A Madame la Baronne DE VAUX

A Mademoiselle DE CAVAILLON

Hommage respectueux.

G. MAILLIER.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur TÉDENAT

A TOUS MES MAITRES

A mes Amis

Les Docteurs Louis AUTHENAC, LABORDERIE, SIFFRE, SIRE et SOLLIER

Julien AUTHENAC et PAU

Pharmaciens de 1re classe

A mon excellent Ami Paul DANDRIEU

Pharmacien stagiaire au Val-de-Grâce

A TOUS MES AMIS

G. MAILLIER.

INTRODUCTION

Pendant notre internat à l'hôpital de Nimes, nous avons eu l'occasion de voir deux cas de bursite trochantérienne fongueuse. Nous avons recherché si des cas analogues avaient été rencontrés et nous en avons fait le sujet de notre thèse. Nous étudierons, sauf l'hygroma simple, les affections de la bourse séreuse trochantérienne (suppuration, bursite à grains riziformes, avec fongosités ; kystes hématiques).

Nous donnerons d'abord un aperçu anatomique de la région et des rapports de la bourse séreuse, nous examinerons les lésions au point de vue anatomo-pathologique. Nous étudierons l'étiologie, les symptômes, la marche, le diagnostic et enfin le traitement de ces affections.

M. le Professeur Tédenat a bien voulu nous communiquer une observation et accepter la présidence de notre thèse, nous lui offrons l'expression de notre vive gratitude.

Nous tenons à exprimer à M. le médecin principal Dérazey, dans le service duquel nous avons pris nos observations, tous nos remerciements pour ses excellents conseils et la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous remercions aussi M. le professeur-agrégé Forgue, qui a bien voulu nous donner des renseignements bibliographiques.

Nous ne saurions oublier notre collègue d'internat Bauby, qui a examiné notre second malade pendant notre absence.

SUPPURATIONS ET AFFECTIONS

CHRONIQUES

DE LA

BOURSE TROCHANTÉRIENNE

PROFONDE

ANATOMIE.

Une description de la région fessière nous semble utile. Nous insisterons sur les rapports des bourses séreuses, les couches que l'on devra traverser si l'on incise, en cas d'abcès, les vaisseaux qui peuvent être lésés et les limites que peut atteindre le pus.

Limites. — La région fessière est limitée en haut par la crête iliaque, en bas par le pli fessier, en dedans par le sacrum et le coccyx, en dehors par une ligne fictive de l'épine iliaque antéro-supérieure au grand trochanter, prolongée jusqu'au pli fessier. Elle s'étend en profondeur jusqu'à l'os iliaque, l'extrémité supérieure du fémur et l'articulation.

Superposition des plans. — 1° *La peau* épaisse, mais souple et se laissant distendre par les collections sous-jacentes.

2° *La couche cellulo-graisseuse*, épaisse et abondante, formée d'une graisse rougeâtre contenue dans des aréoles fibreuses. Cette couche, assez élastique, parait servir de coussinet aux parties profondes les protégeant contre les pressions extérieures, surtout dans la station assise, le poids du corps reposant sur l'ischion. Aussi, au niveau de l'ischion et du grand trochanter, cette couche se dépouille de sa graine, prend l'aspect lamelleux et se convertit en bourse séreuse.

La bourse séreuse trochantérienne sous-cutanée n'est pas constante. Quand elle existe, elle peut s'enflammer, être le siège d'épanchements séreux ou purulents.

Comme la couche graisseuse sous-cutanée communique avec la couche graisseuse superficielle de la cuisse, l'inflammation peut s'étendre jusqu'à celle-ci.

3° *L'aponévrose fessière* peu dense et fort mince en arrière, plus résistante en avant où elle recouvre le moyen fessier et lui donne insertion par sa face profonde. Elle s'attache en haut à la crête iliaque, en arrière au sacrum, en bas se continue avec l'aponévrose fémorale. Elle forme ainsi une loge ouverte en bas vers la cuisse et aussi vers le bassin par les échancrures sciatiques. Au niveau de la ligne de séparation du grand et du moyen fessier, l'aponévrose se dédouble et envoie un prolongement en arrière du grand fessier. Celui-ci est donc compris dans une sorte de gaîne aponévrotique.

4° *Le premier plan musculaire.* — Le grand fessier ne fait défaut qu'en haut et en avant, où il laisse à découvert le moyen fessier. Il s'étend obliquement de la partie médiane du bassin à la partie la plus élevée du corps du fémur (Sappey). Il en résulte, comme le fait remarquer Richet, que si

l'on incise le muscle dans le cas d'abcès sous-fessier, il faudra donner à l'incision cette même obliquité pour ne pas couper transversalement les fibres musculaires.

Exceptionnellement, le grand fessier est disposé en deux couches superposées, ce qui peut tromper le chirurgien.

Ce muscle a la forme d'un losange s'insérant à la partie postérieure de la lèvre externe de la crête iliaque, à l'aponévrose des muscles sacro-lombaires avec laquelle il se continue, à la moitié inférieure du sacrum et aux bords du coccyx. Les fibres charnues nées de là se groupent en faisceaux juxtaposés et se terminent par un fort tendon s'insérant au fémur sur la ligne allant du grand trochanter à la ligne âpre. Ce tendon s'enfonce entre le vaste externe et le grand adducteur et envoie une expansion fibreuse à l'aponévrose de la cuisse.

Le grand fessier agit quand on gravit une côte, quand on monte un escalier, quand étant assis on se relève. Cela explique les douleurs qui se produisent au début des lésions de la bourse séreuse sous-jacente au tendon, le muscle pressant sur elle dans les mouvements dont il s'agit (ce fait à été remarqué dans l'observation I).

Sappey décrit une large bourse séreuse, souvent cloisonnée et quelquefois imparfaite, qui sépare le grand fessier de la tubérosité ischiatique et des muscles qui s'y insèrent. Une vaste bourse séreuse mieux constituée se trouve entre le tendon du fessier et le grand trochanter. Elle est constante d'après le dire de tous les auteurs. Elle se présente comme un sac relativement grand, arrondi ou ovale, allongé verticalement. Insufflée, elle prend la forme ovoïde, elle ne renferme pas normalement de liquide.

D'après plusieurs recherches de Synnestvedt (*in* thèse Trainer Grecfswald 1885), on a trouvé la bourse toujours bien constituée, dans sept cas elle était simple, dans quatre

double, dans trois triple: on avait alors de petites bourses tantôt séparées, tantôt communiquant. Le sac est traversé par des tubécules séreux et même par des cloisons assez résistantes. Cette bourse adhère par ses faces d'une part au périoste, de l'autre au tendon. Ses bords sont faiblement unis au tissu cellulaire voisin. Elle repose sur la partie postérieure du grand trochanter. Son extrémité supérieure atteint la partie médiane du tendon du moyen fessier. Son extrémité inférieure s'arrête à 2 centim. environ de l'insertion du grand fessier (Renon). La bourse est aussi en rapport avec le vaste externe.

Farabeuf (Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales) dit que cette bourse située sous le grand fessier, l'aponévrose fémorale et le tenseur du *fascia lata* sert à faciliter les mouvements du tendon fessier et le glissement de l'aponévrose fémorale dans les mouvements de la cuisse sur le bassin. Sa structure ne diffère pas de celle des autres bourses séreuses. Elle n'aurait pas d'épithélium. Ses parois ne sont pas constituées par une membrane distincte du tissu cellulaire voisin. Elles ne sont formées que par un tassement de ce tissu, tassement suffisant pour retenir la sérosité d'un épanchement, mais ne pouvant résister longtemps à l'inflammation et à la suppuration.

D'après la situation de cette bourse, on peut voir que les tumeurs dont elle sera le siège apparaîtront d'abord en arrière du grand trochanter entre cette apophyse et la tubérosité de l'ischion.

Monro décrit une bourse séreuse entre le grand fessier et le vaste externe. Synnestvedt l'a trouvée plusieurs fois bien développée. Elle est ovale, simple, tantôt située plus haut, tantôt plus profondément que la bourse trochantérienne.

5° *Le deuxième plan musculaire* est formé par le moyen fessier,

le pyramidal, les jumeaux, l'obturateur interne et le carré crural. Nous n'insisterons pas sur ces muscles. Ils sont séparés de la première couche par l'aponévrose du moyen fessier, d'où se détache une lamelle cellulo-fibreuse qui, passant devant les organes qui sortent par l'échancrure sciatique, s'attache au ligament sacro-sciatique. Il existe entre les deux couches du tissu cellulo-graisseux assez lâche et abondant, aux dépens duquel des abcès peuvent se développer. Au milieu de cette couche passent les vaisseaux et nerfs qui sortent de l'échancrure sciatique. Cette couche communique d'un côté avec le tissu cellulaire intra-pelvien au moyen de l'échancrure, de l'autre avec les couches de la cuisse en suivant le nerf sciatique.

6° *Le troisième plan musculaire* est formé par le petit fessier.

Enfin on trouve la face interne de l'os iliaque, la partie postérieure de l'articulation coxo-fémorale, les deux échancrures sciatiques et les deux ligaments sacro-sciatiques.

La branche superficielle de l'artère fessière se porte entre le grand et le moyen fessier, et va jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ses rameaux très nombreux sont destinés aux deux muscles dont elle occupe l'interstice, principalement au grand fessier. Quelques-uns de ces rameaux, après avoir traversé le muscle, vont se terminer dans les téguments. Chaque branche de l'artère est accompagnée de deux veines. Celles-ci peuvent s'anastomoser autour de la terminaison périphérique du rameau et former un plexus. Le chirurgien doit chercher à dénuder plus bas. Il y a une grande hardiesse à enfoncer fortement le bistouri à cause du grand nombre des branches. L'ischiatique envoie quelques rameaux au grand fessier.

Le nerf sciatique est remarquable pour nous, en ce qu'il peut être comprimé par la tumeur sous-fessière, ce qui

occasionne des douleurs au malade et pourrait faire croire au début à une névralgie sciatique.

Il résulte de cette description, que l'espace compris entre les deux plans musculaires de la fesse peut être considéré comme une loge à peu près losangique et fermée partout, sauf en bas. Les bords sont formés en avant par l'insertion du moyen fessier à l'aponévrose fessière; en haut et en arrière par les insertions du grand fessier à la crête iliaque, à l'aponévrose des muscles sacro-lombaires, au sacrum et au coccyx. La face extérieure est formée par le grand fessier compris dans un dédoublement de l'aponévrose, la face intérieure par le moyen fessier et les muscles pelvi-trochantériens. Il en résulte une vaste loge ouverte en bas vers la cuisse et vers les échancrures sciatiques. Or, le nerf sciatique part de l'échancrure sciatique et descend vers la cuisse au milieu d'une couche cellulo-graisseuse lâche. Le pus aura de la tendance à descendre dans les muscles de la partie postérieure de la cuisse en suivant le nerf sciatique.

ÉTIOLOGIE.

Dans la production des lésions de la bourse trochantérienne, on doit considérer les causes occasionnelles et les causes prédisposantes.

I. Causes occasionnelles. — 1° Le *traumatisme* violent, tel que coups de pied, chute d'un lieu élevé sur la hanche, peut produire dans la bourse un épanchement séreux. Il peut y avoir aussi un épanchement sangnin. Les affections chroniques sont surtout causées par le traumatisme léger, mais fréquemment répété, des pressions continuelles comme celle d'un brancard sur la hanche, ou bien comme dans le cas rapporté par Marjolin, où le malade portait toujours du même côté un panier assez lourd qui appuyait sur la partie postérieure de la fesse. Les cordonniers et les tailleurs, à cause de leur position habituelle, sont plus exposés à de pareils faits. Duplay cite le cas d'un tailleur qui avait l'habitude de se reposer en travaillant sur la fesse gauche, et qui eut plusieurs abcès de la bourse trochantérienne. Le point de départ de la suppuration est très souvent l'inflammation d'un hygroma préexistant, et, à la suite, un traumatisme très léger.

2° Le *froid* peut exercer une certaine influence. Vacherie (Thèse, Paris 1872) rapporte le cas d'une cantinière atteinte de lésion de la bourse trochantérienne, et qui avait été longtemps exposée au froid. Étant assise à son comptoir pendant l'hiver très rigoureux de 1870-71, son côté droit où siégeait la lésion était exposé au courant d'air d'une porte qui s'ouvrait à chaque instant. Dans les observations I et VII, les

malades, à leur arrivée au régiment, avaient été couchés pendant deux mois environ, et en hiver sur une simple paillasse reposant sur le sol humide. En somme, le point de départ de la suppuration est souvent d'apparence négligeable, froissement léger, changement de temps, ce qui indique une susceptibilité très grande des bourses de glissement vis-à-vis de la suppuration (Trélat).

3° *La fatigue.* — Peter a montré que la fatigue constituait pour les séreuses une cause morbide de premier ordre. A. Robin *(Gazette médicale de Paris*, 1885) parle d'un pseudo-rhumatisme de surmenage, affectant les articulations sur lesquelles ont porté la fatigue et les efforts. Il existe chez les soldats et très souvent en dehors de toute tare rhumatismale, mais souvent avec adjonction de froid et d'humidité. Il y a, selon Robin, excès de matières extractives, troubles de nutrition, et création d'un lieu de moindre résistance.

La fatigue peut être invoquée comme cause partielle dans nos observations I et VII.

4° *Propagation des lésions du voisinage.*— Chassaignac dit que les lésions du grand trochanter peuvent se propager à la bourse séreuse, la marche peut être inverse, la lésion primitive existe dans la bourse, et n'atteint le trochanter qu'en second lieu. Dans plusieurs observations les deux lésions coexistaient, et il était difficile de savoir laquelle des deux s'était développée primitivement.

II. Causes prédisposantes. — Elles sont très importantes, puisqu'on voit des lésions des bourses séreuses survenir sans cause extérieure bien appréciable. On peut citer le *rhumatisme.* Nicaise (thèse agrégation, Paris 1869) rapporte des cas de lésions de la bourse trochantérienne chez des rhumatisants à la suite de fatigue et de refroidissement : il y a des dou-

leurs à la hanche. Un épanchement se produit dans la bourse. Il est généralement suivi de guérison rapide. Kirby, cité par Heineke, rapporte un cas d'inflammation rhumatismale de la bourse trochantérienne.

« Nancrède (Encyclopédie internationale de chirurgie, »article *Affections des bourses séreuses*), dit que la *goutte*, »le *rhumatisme*, le *saturnisme*, le *scorbut* et quelques formes »du *mal de Bright* sont des causes prédisposantes et quel- »quefois des causes déterminantes de l'hygroma. L'action la »plus insignifiante, comme les variations du temps, peuvent »amener dans ces cas une rechute, sinon une première attaque. »Dans le rhumatisme, les bourses séreuses profondes sont »plus souvent attaquées que les superficielles, et une ponction »exploratrice est souvent nécessaire pour voir s'il y a du »pus.»

L'*état puerpéral* influerait aussi. Duplay rapporte l'observation d'une femme de 26 ans, primipare, qui, 15 jours après l'accouchement, souffrit de la partie antéro-externe de la cuisse droite ; il y eut un abcès de la bourse trochantérienne profonde.

La *blennhorrhagie* peut être citée. Fournier a trouvé pour la bourse séreuse trochantérienne des épanchements. Ils sont séreux, se résorbent et deviennent rarement purulents. On connaît des lésions des bourses séreuses dans la *syphilis* à la période secondaire. On n'en a pas d'exemple pour la bourse trochantérienne profonde. Martineau (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, novembre 1882) parle de la thèse d'un de ses élèves sur les lésions des bourses séreuses dans la syphilis. Il cite des cas de lésions syphilitiques de la bourse trochantérienne sous-cutanée. Il y a une crépitation neigeuse, et quelquefois un épanchement qui disparaît rapidement.

L'*âge* est à considérer. On s'accorde à reconnaître que les très jeunes enfants sont généralement indemnes d'inflammation de la bourse trochantérienne. Selon certains, l'adolescent serait plus fréquemment atteint. Selon Chassaignac, ce serait chez les individus arrivés à l'âge adulte que les causes mécaniques sont surtout aptes à développer la suppuration dans les bourses de frottement. D'après Mielly, le plus grand nombre des cas serait dans la jeunesse. Gouzer (thèse Paris 1885) cite les cas des hôpitaux de la marine (Brest et Toulon), où l'on reçoit un grand nombre de malades de tous les âges. D'après la statistique du docteur Boutin, les suppurations des bourses séreuses n'existent que chez des matelots, dont l'aîné a 24 ans. En somme, cette affection est rare chez l'enfant, ce qui est important pour le diagnostic à cause de la fréquence dans l'enfance de la coxalgie et de l'ostéite épiphysaire.

Une cause prédisposante très importante est constituée par la scrofule et la tuberculose. Lullien (thèse Paris 1879) avait remarqué que la moitié au moins des individus atteints de suppuration de la bourse trochantérienne étaient strumeux. Le tempérament lymphatique, une grande débilitation sont notés dans beaucoup d'observations. Déjà Boyer pensait que les causes extérieures n'agiraient pas s'il n'avait pas existé chez le sujet une disposition générale, qui est le vrai principe de la maladie.

Cette assertion a été vérifiée. L'inflammation et le traumatisme créent le plus souvent des lieux de moindre résistance et «font leur lit à la tuberculose.» Les microbes transportés par le sang sont, après un traumatisme sur une région, en présence d'un tissu qui étant lésé, ayant perdu une partie de sa vitalité, ne peut leur résister: une colonie va se former et la lésion tuberculeuse est constituée à cet endroit (Reclus). Ce fait a été prouvé par les expériences de Max Schüller. Cet

auteur, après avoir inoculé de la matière tuberculeuse à des animaux soit par inhalation, soit par injections directes dans le poumon, contusionnait leur genou ; au bout de quelques jours, des lésions tuberculeuses de l'articulation contuse se montrèrent ; cela révèle un fait important. Chez un individu en puissance de tuberculose, le virus tuberculeux existe dans l'organisme, la contusion articulaire détermine la production d'un point faible qui le sollicite à s'y déposer et devient un foyer d'éruption à la fois hâtive et prépondérante (Chandelux).

Ces notions peuvent être appliquées aux synoviales tendineuses. Terrier et Verchère, et beaucoup d'autres, ont vu se développer une synovite fongueuse chez des individus en puissance de tuberculose, à la suite d'inflammations ou de traumatisme. Le même fait a lieu pour les bourses séreuses, et nous avons vu que l'on avait trouvé des inflammations tuberculeuses de ces organes.

Souvent même il n'y a eu qu'un très faible traumatisme ou une très légère inflammation de la bourse, dont le malade n'a pas connaissance. Néanmoins, dans cette bourse prédisposée, la tuberculose trouve, pour son établissement et son développement, le terrain le plus favorable (Trainer, *loc. cit.*).

«Chez les soldats (nos malades des observations I et VII »étaient militaires), les tuberculoses locales sont fréquentes et »surviennent en général dans la 2e année de service, souvent »chez des sujets ne présentant aucun antécédent tuberculeux. »Il semble qu'il faille un temps aux causes debilitantes mi»litaires pour mettre l'homme en état de contracter la maladie. »La première manifestation survient souvent à la suite d'un »traumatisme quelquefois très léger. » (Charvot, *Archives médecine militaire* 1884).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Quelles sont les différentes formes d'affections chroniques de la bourse trochantérienne? Si l'irritation est faible, elle détermine une excitation des parois qui sécrètent un liquide séreux, et *l'hygroma* est constitué. Celui-ci peut, après de nouvelles irritations, se transformer en épanchements séro-purulents ou *purulents* qui peuvent toutefois exister d'emblée.

On trouve souvent des *épanchements sanguins* purs ou mêlés soit de pus, soit de sérosité. Il peut y avoir formations de petites productions de *grains riziformes*, qui sont souvent de nature tuberculeuse.

Enfin, il existe une dernière forme d'inflammation, représentée par des bourgeons mollasses, aptes à sécréter du pus et appelés *fongosités*, en général de nature tuberculeuse.

1° Dans le cas de *suppuration*, le contenu de la poche peut être séro-purulent, lorsque le pus s'est mélangé à la sérosité déja formée, ou purulent. Il est alors tantôt franchement phlegmoneux, tantôt mélangé à des flocons albumineux et à des débris de fausses membranes. La quantité de pus est variable, elle peut ne pas être considérable. Cependant Mac-Nab a trouvé une fois $^3/_4$ de litre de pus. Wollkmann cite un cas de Brodie où l'on a enlevé 1 à 2 pintes de liquide. Chassaignac a trouvé plusieurs fois des tumeurs volumineuses. Le plus souvent la poche présente des languettes, cloisons, franges et des restes de tissu connectif infiltrés de graisse qui se trouve sous la forme de lobes saillants, le tout pouvant tomber dans le liquide. Ces productions s'épais-

sissent sans modifier leur texture ou deviennent cartilagineuses (Wirchow).

Les fausses membranes se trouvent presque constamment ici, surtout lorsque l'inflammation a duré longtemps. Chassaignac dit qu'on les rencontre plus fréquemment dans les bourses profondes qui se rapprochent plus des séreuses que les bourses superficielles. Ces fausses membranes constituent souvent un obstacle à la sortie du pus lorsqu'elles cloisonnent la bourse. Les parois sont généralement épaissies. Les fausses membranes s'ajoutent les unes aux autres. En vieillissant, ces tissus deviennent fibreux. Ils peuvent aussi se vasculariser et donner lieu à des hémorrhagies au moment de l'extirpation. L'épaississement des parois peut acquérir des dimensions considérables quand l'affection est ancienne. Quelquefois la cavité a presque complètement disparu par résorption de la lymphe et transformation caséeuse du pus. C'est ce qui a été remarqué dans l'observation V. Il peut y avoir calcification des parois. Voici ce que dit Nancrède: «La pathogénie des cas ordinaires est celle-ci. La lymphe épanchée se résorbe et devient paroi du sac. Une irritation nouvelle amène une exsudation qui s'organise, augmente l'épaisseur de la paroi, et à la fin il y a oblitération de la bourse séreuse.» Plus loin, il ajoute: «Etant donnée l'origine conjonctive de la paroi kystique, il n'y a pas lieu de s'étonner si les produits inflammatoires donnent lieu à quelques-uns des néoplasmes du tissu conjonctif (calcification, formations fibro-cartilagineuses).

Epanchement sanguin. — Le contenu de la bourse peut être aussi mélangé de caillots (St-Germain), de masses grumeleuses qui s'écrasent et crépitent sous le doigt. Follin y a trouvé des traces de sang. Chassaignac, dans un cas d'inflammation de la bourse trochantérienne profonde, a vu du pus couleur de chocolat, dû à la présence du sang.

Dans ces cas, le microscope permet de reconnaître la présence des globules sanguins. Ce n'est pas une forme indépendante, idiopathique ; ceci est analogue à ce qui se passe lorsqu'une hématocèle se produit après un hydrocèle. Voici ce que dit Trélat: «Il y a fréquemment des épanchements sanguins dans les bourses séreuses. Pendant l'opération, il se produit un jet de sang. Cela tient à ce que les parois tendent à se recouvrir de néo-membranes vasculaires comme dans toutes les séreuses irritées, et il y a souvent hémorragie interne. Dans ce cas la tumeur peut parcourir les différents stades d'un véritable hématome, épanchement sanguin, coagulation du sang, coagulation fibrineuse et concrétions d'origine sanguine.» Wirchow dit que le sang peut rester liquide ou bien former une bouillie brun-rougeâtre gélatiforme, devenir même un kyste rempli d'une masse coagulée et plus tard presque sèche. Les parois sont épaissies et peuvent l'être différemment suivant les points. La surface interne est tomenteuse, irrégulière, tapissée de pseudo-membranes. Verneuil a enlevé un kyste hématique de la bourse trochantérienne dont nous parlerons plus loin. Mielly a trouvé un kyste hématique de la bourse trochantérienne à l'autopsie d'un individu mort de fracture du bassin. Il peut se faire aussi que l'épanchement sanguin devienne purulent.

On peut trouver dans la bourse trochantérienne des *grains riziformes*. Robert et Nicaise en avaient trouvé dans la bourse trochantérienne profonde. On avait constaté qu'ils coexistaient avec une petite quantité de liquide et qu'ils produisaient à la pression une crépitation fine et persistante. Mais on ne s'était pas rendu compte de leur nature. Kœnig reconnaît la nature tuberculeuse de certaines synovites, à grains riziformes, et Nicaise, en juillet 1885, rapporte l'observation suivante :

«1° Une femme de 24 ans, à la suite d'une chute sur la cuisse et la fesse, vit apparaître un mois après, au niveau du point contus, une tumeur indolore dont le diagnostic ne fut fait qu'au cours de l'opération. Il s'agissait d'un kyste à grains riziformes profondément situé au-dessous du grand fessier. La poche ne contenait aucun liquide, ni pus fluide, ni pus concret, ni matière caséeuse, mais seulement des grains qui semblaient fibrineux. L'examen histologique pratiqué par Poulet et Vaillard a démontré l'existence de follicules tuberculeux, à différents degrés de développement, et de bacilles de Koch. L'inoculation chez des lapins avec des débris a donné un résultat positif.

»En est-il toujours ainsi? L'hygroma et les synovites à grains riziformes sont-ils tous de nature tuberculeuse? Il serait prématuré de l'affirmer. Dans les faits cités, la nature est démontrée par le follicule tuberculeux, le bacille et l'inoculation.

»On peut donc croire qu'il y a une inflammation tuberculeuse des séreuses qui produit des masses fibrineuses. Chez la malade citée, le processus inflammatoire qui accompagne les tubercules est remarquable.

»En effet, on trouve une masse fibrineuse de près de 400 gr. sans exsudat séreux ni purulent. Il n'y a pas simple prolifération des cellules ou diapédèse des globules blancs autour du tubercule, celui-ci s'accompagne d'une inflammation qui produit un exsudat considérable de nature fibrineuse.»

Il existe enfin une dernière forme d'inflammation des bourses séreuses. Wirchow (Traité des tumeurs) avait déjà remarqué que, dans certains cas, la prolifération de la paroi de la bourse donnait naissance à des granulations mollasses de mauvaise nature, qui existaient souvent chez des scrofuleux ou des tuberculeux.

Hueter (Maladies des séreuses 1876) cité par Trainer dit que les bourses séreuses et les synoviales présentent la plus grande analogie de structure et de fonctions avec les séreuses et offrent les mêmes variétés de lésions.

Chassaignac dit que les bourses séreuses ont la même structure que les synoviales des tendons. On a trouvé des lésions fongueuses, des synoviales articulaires et tendineuses. On pouvait s'attendre à des inflammations semblables des bourses séreuses. Hueter ét Wollkmann (Maladies des bourses séreuses) reconnaissent que celles-ci ont une moins grande tendance à l'inflammation tuberculeuse que les séreuses. Cette forme de maladie n'a pas été souvent rencontrée jusqu'ici. Cependant Riedel rapporte des cas de tuberculose de la bourse prérotulienne ; Reclus, en 1882, a trouvé chez un enfant de 7 ans une tumeur fluctuante du volume d'une noix et développée aux dépens de la bourse pré-malléolaire gauche. La tumeur fendue donna lieu à un écoulement puriforme ; la paroi était tapissée de fongosités tuberculeuses, carminées, quelques-unes avec des points blanchâtres dus à l'agglomération des follicules tuberculeux.

Doyen (*Bulletin de la Société anatomique* octobre 1882) a trouvé une inflammation tuberculeuse de la bourse olécrânienne. Elle était consécutive à une plaie de la main et à une lymphangite ayant nécessité l'amputation du bras.

La cavité de la bourse est remplie de fongosités gris-rosé subissant la fonte purulente, il y a des fistules envahies par les fongosités. Les muscles, la séreuse articulaire et l'épiphyse humérale sont atteints, celle-ci présente un commencement de carie.

La nature tuberculeuse de ses lésions est reconnue à l'examen microscopique. Le pus renferme des bacilles. Les éléments se groupent sous la forme de follicules. Au centre de

ceux-ci, quelques cellules géantes et des nodules tuberculeux subissent la dégénérescence caséeuse.

Kœnig a trouvé plusieurs cas d'affection fongueuse des bourses séreuses, entre autres de la bourse trochantérienne profonde. Hueter en a vu aussi. Waitz (*Archives für Klinische chirurgie*, Berlin 1877) en cite deux cas apparus spontanément. Dans l'un le malade guérit, dans l'autre il mourut de phtisie pulmouaire.

Le tissu fongueux est décrit comme formé de bourgeons analogues à ceux qui se développent autour d'un corps étranger ou d'un pois de cautère (Bonnet). Les fongosités présentent ce caractère commun, la végétation des vaisseaux au sein d'un tissu connectif embryonnaire. Les vaisseaux sont plus ou moins abondants dans les fongosités: les unes sont demi-transparentes, les autres carminées et avec des foyers apoplectiques. On voit souvent sur leur surface de petits grains qui sont tuberculeux.

Nous n'entrerons pas dans leur description détaillée. Il suffira de dire qu'elles ont de la tendance à envahir les tissus voisins, ce qui explique la formation des fistules, à produire du pus et à subir même la dégénérescence caséeuse. Elles peuvent coexister avec du liquide tantôt séreux, tantôt jaunâtre, tantôt purulent ou même hémorrhagique. Toutes les fongosités ne sont pas de nature tuberculeuse. Avec des fongosités tuberculeuses, si on emploie les inoculations en série, on doit retrouver toujours des produits tuberculeux. Au microscope, on reconnaîtra les bacilles dans le pus, les follicules et les nodules tuberculeux.

DÉBUT.

On peut le ramener à deux types principaux :

1° A la suite d'un traumatisme, il y a gonflement de la hanche, douleur à la région ; la marche et les mouvements sont douloureux. La douleur et le gonflement persistent, et au bout de quelques mois la suppuration est constituée. Il peut se faire d'abord un épanchement de sérosité, celui-ci peut être évacué et ne plus se reproduire, mais c'est là l'exception. Au bout d'un temps quelquefois assez long, il se forme une collection purulente. Un épanchement sanguin peut rester très longtemps stationnaire, puis s'enflammer ou se transformer en une sorte de kyste (cas de Verneuil).

2° Très souvent le début passe inaperçu, il est extrêmement lent et insidieux. Il n'y a d'abord aucune réaction locale et générale. Cette marche se produit surtout dans les cas d'affection tuberculeuse de la bourse. Le malade peut ne s'apercevoir de la lésion que lorsque la tumeur a atteint un assez grand développement. Souvent la marche devient paresseuse, le malade traîne la jambe. La gêne et la pesanteur augmentent en montant un escalier (action du fessier). A ce moment, il existe des douleurs sourdes, profondes, peu intenses, s'exagérant par les mouvements. La pression sur le trochanter est quelquefois nécessaire pour provoquer la douleur. Ces symptômes sont, en général, assez peu accusés pour que le malade continue son travail pendant quelques jours.

SYMPTOMES.

Il est nécessaire de passer chacun des symptômes en revue (tuméfaction, fluctuation, douleur, changement d'attitude).

Tous les symptômes que nous allons signaler pourront être très atténués ou ne pas exister dans tous les cas. Pour les kystes à grains riziformes et les épanchements sanguins solidifiés, la fluctuation n'existera pas ; on pourra percevoir une crépitation persistante ou ces bruits d'un diagnostic obscur dont parle Tillaux.

Tuméfaction. — Elle peut être assez faible pendant longtemps et augmenter peu à peu ou bien plus rapidement à la suite d'un traumatisme ou d'une fatigue. Elle apparaît en arrière du bord postérieur du grand trochanter. En effet, la bourse bridée en haut par le tendon du grand fessier et le *fascia lata*, en avant par le vaste externe ne se développe qu'en arrière. Elle peut présenter des dimensions très variables. Tantôt il n'y a qu'un léger gonflement, tantôt une vaste tumeur. D'après Chassaignac, on trouve en bas (si l'affection est récente) une dépression en coup de hache à la partie postérieure et externe du grand trochanter. La forme de la tumeur est généralement celle d'une ellipse à grand diamètre dirigée suivant l'axe du membre inférieur. La peau ne change pas de couleur à cause de la profondeur et de la chronicité de la lésion. Elle peut être distendue, mais elle n'est ni rouge ni chaude. S'il survenait une poussée aiguë, la peau présenterait une légère rougeur, avec chaleur et distension des téguments. Ce même fait a lieu lorsque la fistule

va s'ouvrir. Dans une période avancée, si la tuméfaction est considérable, il peut y avoir de l'œdème de la hanche et même de la cuisse. Les contractions du fessier durcissent la tumeur, ce qui prouve qu'elle est située sous le muscle.

Fluctuation. — La palpation fait reconnaître la sensation de fluctuation à travers des enveloppes épaisses (Chassaignac), plutôt que celle de flôt, qui indiquerait un abcès superficiel. Au début, il peut n'y avoir que de l'empâtement et une mollesse spéciale, lorsqu'il existe des fongosités. Il faut une grande attention pour percevoir ce symptôme, surtout si la quantité de liquide épanché dans la bourse est faible; au lieu de cela, on peut sentir une résistance et percevoir une crépitation profonde dans le cas de grains riziformes. Une cause d'erreur indiquée par Nicaise, consiste dans la sensation de fausse fluctuation, quand on applique les deux mains à la même hauteur sur le grand fessier, et qu'on presse alternativement avec l'une et l'autre. La fausse fluctuation ne se retrouve plus si on répète la même manœuvre, en plaçant les mains l'une au-dessus de l'autre, et, dans les cas d'abcès, la fluctuation existe dans tous les sens.

Douleur. — Elle varie beaucoup dans son intensité et ses caractères. Elle peut manquer ou n'être constituée que par une simple sensation de pesanteur et de tension à la hanche. Souvent elle n'apparaît qu'après une fatigue musculaire, et disparaît avec le repos. Peu à peu elle devient plus fréquente, peut être continue, et toujours exaspérée par le mouvement. Elle peut ne pas être limitée au grand trochanter, mais elle présente toujours là son maximun d'intensité, surtout à la pression. Elle s'irradie souvent à la fesse, quelquefois au genou, présentant alors une analogie avec les douleurs de la coxalgie, ou bien à la cuisse et à la jambe sur le trajet

du sciatique. Cela a lieu lorsque ce nerf est comprimé par une tumeur volumineuse. En somme, la bourse trochantérienne ne possédant pas de filets nerveux, les douleurs violentes dans un épanchement de moyenne grosseur ne se produisent pas. Leur production indiquerait la transmission de l'inflammation aux tissus voisins.

Changement d'attitude. — Les mouvements deviennent de plus en plus difficiles si l'affection dure depuis longtemps, la marche peut être impossible, et le malade doit rester au lit; dans certains cas, le chirurgien ne peut même pas faire mouvoir le membre.

Les muscles péri-articulaires sont contracturés pour empêcher la douleur que causent les frottements du tendon fessier et de l'aponévrose sur la bourse. La plupart du temps la cuisse est dans l'abduction, et la rotation en dehors fléchie sur le bassin. Comme cette position est pénible, le membre inférieur tend à devenir parallèle à celui du côté opposé; cela ne peut avoir lieu que grâce à un abaissement de l'épine iliaque du côté malade, une élévation de celle du côté sain, avec inclinaison et ensellure compensatrice de la colonne lombaire. Le grand trochanter est plus saillant et paraît plus bas que celui du côté opposé. Il y a un allongement apparent et raccourcissement réel du membre malade (Duplay). Ces symptômes peuvent être très atténués, ne pas être constants. On a rencontré l'adduction (observation V). Le malade se couche du côté sain ou sur le dos, la cuisse fléchie sur le bassin (observations I et VII).

MARCHE DE LA SUPPURATION.

Si le pus est formé dans la bourse trochantérienne, l'inflammation a une grande tendance à se transmettre aux tissus voisins. Les parois de la bourse qui ne sont pas bien distinctes du tissu cellulaire ne résisteront pas longtemps. Les bourses séreuses communiquent avec les lymphatiques, et Amodru (thèse, Paris 1879), a montré la transsudation des liquides à travers la paroi des bourses séreuses. On voit alors le phlegmon par diffusion de Chassaignac ; il diffère du phlegmon diffus, en ce qu'il ne frappe pas de sphacèle le tissu cellulaire (Péan). Dans le cas de lésion tuberculeuse, les fongosités envahiront aussi le tissu cellulaire. Cette extension de l'inflammation peut être hâtée par le froid, le traumatisme, la fatigue, et accompagnée ou non de douleurs plus violentes. L'ouverture spontanée est tardive, parfois elle ne se fait pas. La bourse peut, sans se rompre, acquérir de grandes dimensions. Chassaignac a vu un cas où la tumeur s'étendait de la crête iliaque au pli fessier, en soulevant le grand fessier.

Quelle est la marche du pus ?

La bourse profonde est recouverte par un plan musculo-fibreux, formé par le grand fessier et le tenseur du *fascia lata* et l'aponévrose. Le tissu fibreux est résistant. Néanmoins le pus peut s'ouvrir dans la bourse sous-cutanée, l'enflammer et former une nouvelle collection. On a un abcès en bouton de chemise. Il est difficile alors de trouver l'orifice de communication, et de faire arriver le stylet dans la bourse profonde. Le plus souvent le pus, favorisé par la pesanteur, descend ; c'est surtout en arrière et en bas du grand tro-

chanter, où il n'existe plus de plans musculo-fibreux puissants que pourra se former une fistule.

Si l'ouverture en bas du trochanter ne se forme pas, si elle est insuffisante pour livrer passage au pus, ou si elle se ferme, le pus peut continuer à descendre le long de la gaîne du nerf sciatique, entre les muscles de la région postérieure de la cuisse. Parfois il est possible de faire refluer le liquide d'une cavité dans l'autre (cas de l'observation VII), parfois ce reflux est impossible. Le trajet de communication peut avoir été bouché ou la quantité de liquide être trop grande. Le pus peut décoller les muscles et produire de graves désordres. Dans une observation de Chassaignac, les muscles de la région crurale postérieure étaient infiltrés de pus. Dans une observation de Delorme, le pus était descendu jusqu'au creux poplité, les muscles étaient lésés, le biceps était réduit à quelques fibres, le reste de ce muscle était passé à l'état de putrilage. Tous ces phénomènes sont accompagnés d'œdème et de fièvre hectique (Chassaignac).

L'inflammation peut aussi se transmettre au tissu cellulaire péri-trochantérien, le périoste s'enflamme et il peut se former des fongosités qui font saillie dans l'abcès; le trochanter lui-même peut être atteint. Cette transmission a été observée par Pétrequin et Duplay.

Il est probable que, dans certains cas, l'extension de l'inflammation se fait en sens inverse, elle part du trochanter et atteint en second lieu la bourse séreuse. L'évolution ultérieure est la même.

Enfin, l'inflammation peut envahir toute la région fessière. Dans une observation de Chassaignac, après l'ouverture de la collection, il s'est formé un vaste phlegmon qui a enlevé rapidement le malade.

MARCHE APRÈS L'OUVERTURE.

Lorsque le pus trouve une issue au dehors, en général la douleur diminue ou cesse, au moins momentanément. Quelques malades ont pu reprendre leurs travaux, le gonflement, l'œdème disparaissent en partie, souvent la région est déformée, la fesse aplatie, le grand trochanter plus saillant que celui de l'autre côté. La roideur du membre et la difficulté des mouvements et de la marche sont atténuées et peuvent disparaître complètement. Il ne reste qu'un peu de claudication. Le malade se croirait guéri sans l'existence de sa fistule. (C'est ce qui a eu lieu à un moment donné dans notre observation I). Le membre peut être émacié. L'ouverture de la fistule peut être entourée de fongosités, qui ont de la tendance à se reproduire malgré les cautérisations.

L'orifice est en cul-de-poule ; les bords sont entourés d'une zone d'œdème et les parois de la fistule irritées par le passage du pus, peuvent être tapissées de fongosités qui pourront boucher le trajet.

Le trajet est souvent unique. Il est tortueux, irrégulier avec des diverticules, des culs-de-sac sur lesquels butte le stylet. Dans les cas complexes il y a des trajets multiples. Sur le conduit principal se branchent des conduits secondaires qui s'ouvrent en dehors ou s'abouchent de nouveau avec le premier conduit; ces séries de canaux sont ou non sur le même plan. L'ensemble peut être comparé à une garenne ou un terrier (Péan). La cause de tout ceci est la présence d'un obstacle, os ou aponévrose, que le pus doit contourner ; les bourses séreuses superposées influent aussi sur cette dis position en galeries étagées.

Si le trajet fistuleux s'ouvre à une petite distance du grand trochanter, un stylet peut arriver dans une cavité où il se meut dans tous les sens. Le plus souvent on ne rencontre pas de dénudation osseuse, mais si l'affection a duré longtemps, surtout si elle est tuberculeuse, le trochanter peut être dénudé et même lésé sur une certaine étendue; alors le stylet pénètre dans un tissu mou et peut amener un écoulement de sang. Si le doigt peut pénétrer par l'ouverture, il peut rencontrer dans l'intérieur de la bourse des fausses membranes et une sorte de bride formée par le tendon du fessier, qui peut être gêné dans son glissement par les membranes. Les mouvements de la cuisse s'en ressentiront. Le trajet étant long et anfractueux, les fausses membranes ou les tongosités peuvent le fermer. Le pus, continuant à être sécrété, quelquefois après une nouvelle irritation, s'accumule dans la bourse; il y a alors rétention, souvent poussée aiguë avec douleur et empâtement. Le pus finit par s'ouvrir un passage, soit par le même trajet, soit par un autre. Les fistules peuvent aussi se fermer et se rouvrir alternativement pendant longtemps.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

On voit, d'après la description précédente, que la marche est essentiellement chronique. Il y n'y a pas d'ordre dans l'apparition des différents symptômes. Tantot la douleur et la claudication commencent, tantôt c'est le gonflement presque indolore qui ouvre la marche. La date de l'ouverture est très variable. Nous avons vu que les fistules pouvaient se refermer et s'ouvrir, mais alors les douleurs deviennent constantes, la fièvre apparaît, la santé s'altère. Les mouvements deviennent impossibles, le malade est obligé de garder le lit; des fusées purulentes peuvent se produire (cas de Chassaignac); l'état général sera surtout mauvais chez les malades atteints de bursite tuberculeuse. Le séjour à l'hôpital, le manque d'exercice et la marche de leur lésion pourront même, si on n'intervient pas ou pas assez tôt, hâter la marche de la diathèse.

La durée est très longue. Dans un cas de M. Duplay, la maladie avait débuté 20 ans avant le moment où elle fut diagnostiquée. Il n'y a aucune tendance à la guérison spontanée. Cela tient à l'hypertrophie des parois irritées par les mouvements de l'aponévrose et du fessier, gêné lui-même par des brides. Les exsudats eux-mêmes irritent la paroi et éternisent la suppuration. Pour qu'il y ait guérison, il faut qu'on enlève les parois dégénérées de la bourse et son contenu; on aura alors une cavité dont les parois seront formées de tissu cellulaire; des bourgeons charnus pourront se former et la cicatrisation se faire. Si la lésion est tuberculeuse, elle aura encore moins de tendance à la guérison.

Le pronostic ressort de tout ceci; la suppuration simple de

la bourse n'est pas dangereuse pour la vie du malade si on intervient à temps. Dans le cas de bursite tuberculeuse, le pronostic est grave, si on n'enlève pas le foyer, et le malade est exposé aux manifestations de la diathèse. Après l'opération, suivie de guérison, le malade peut avoir de l'atrophie du membre et de la gêne dans les mouvements.

DIAGNOSTIC.

Les lésions de la bourse séreuse qui nous occupe, doivent être distinguées des collections siégeant dans la région trochantérienne.

1° *Abcès de la bourse sous-cutanée.* — Dans les abcès de la bourse profonde, la tumeur a la forme d'une ellipse allongée dans l'axe du membre, avec dépression inférieure en coup de hache si la collection est récente. On éprouve la sensation de fluctuation profonde à travers des enveloppes épaisses. Il y a augmentation de volume de la tumeur dans la flexion de la cuisse sur le bassin, diminution dans l'extension. Pour les abcès de la bourse sous-cutanée, la tumeur est ovale, plus large, sans dépression inférieure, elle n'est pas modifiée par l'extension et la flexion de la cuisse, ni durcie par les contractions du grand fessier; la fluctuation est franche et superficielle, le développement rapide, surtout lorsque la collection reparaît après une évacuation.

2° *Hygroma simple de la bourse profonde.* — Il est caractérisé par l'indolence, une longue durée, sans formation de fistules.

3° *Abcès de la bourse séreuse ischiatique.* — Le siège est différent, il n'y a pas de gêne des mouvements articulaires, la fistule s'ouvre au milieu du pli fessier.

4° *Abcès par congestion.* — Ceux qui pourraient induire le

chirurgien en erreur sont dus à une altération d'un point élevé de la partie antérieure de la colonne vertébrale, et sortent par l'échancrure sciatique. Ils sont précédés d'une douleur sourde, siégeant sur un point de la colonne vertébrale.

Souvent il y a une déformation, une gibbosité des vertèbres. Il faudra exercer des pressions directement sur la colonne vertébrale et sur les talons, les membres étant raidis. Alors l'ébranlement réveille la douleur au point lésé. La tumeur est facilement réductible et se reproduit aussitôt. Gosselin dit que lorsque les abcès par congestion existent, si on fait tousser le malade, la main placée sur la tumeur reçoit une impulsion. Il n'y aura pas de douleurs à la pression sur le trochanter, de gêne des mouvements de l'articulation.

5° *Abcès ostéopathique du bassin.* — Il y a une douleur sourde, tenace en un point du bassin, exagérée par la pression. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale ne sont pas douloureux le bassin étant fixé. Pas de douleur sur le trochanter.

6° *Coxalgie.*— Le diagnostic avec cette affection est souvent très difficile. Mac-Nab et Teale citent des cas où une erreur de diagnostic a été commise. Kœnig reconnaît que le diagnostic est difficile, surtout dans le cas d'affection fongueuse de la bourse.

L'abcès de la bourse, rare chez les enfants, est précédé souvent d'une contusion, de frottements, la tuméfaction ouvre en général la marche. Dans la coxalgie, il y a au début douleurs articulaires et gêne dans les mouvements. La *douleur* spontanée dans les deux cas peut avoir le même siège ; mais dans la coxalgie, la douleur est produite en pressant sur le pli de l'aine et sur tous les points de l'articulation. Dans la bursite, la pression n'est douloureuse que lorsqu'elle s'exerce

sur le grand trochanter ou en arrière sur un espace ordinairement limité. Dans la coxalgie, les mouvements, surtout celui d'abduction, sont difficiles et douloureux. Dans l'inflammation de la bourse, ils persistent dans une certaine mesure.

L'étude des mouvements communiqués est de la plus haute importance. Mais, comme dans la bursite, la gêne des mouvements est surtout produite par la contracture musculaire, on peut la faire disparaître par l'anesthésie. On fera alors exécuter des mouvements au membre. Cependant, dans les affections anciennes, lorsqu'il y a dans la bourse séreuse des fausses membranes épaisses, les mouvements du fessier peuvent être gênés et le chloroforme ne peut rétablir les mouvements du membre dans leur intégrité.

Pour apprécier le siège exact des douleurs et la liberté de la jointure, Mielly propose de soulever le membre atteint en passant le coude sous le creux poplité du malade. Par des oscillations lentes, on habitue le membre à se relâcher, et, en faisant fixer le bassin, on arrive dans le cas de bursite à produire des mouvements évidents de l'articulation coxo-fémorale sans mouvements du bassin et sans douleur. Ce n'est que lorsqu'on dépasse un certain angle que le bassin suit, et que la douleur se développe (cela n'a pas lieu dans la coxalgie). Si on refoule la tête fémorale contre la cavité cotyloïde par des chocs sur le talon, ou en imprimant des mouvements brusques du fémur, la cuisse étant saisie entre les mains, on ne détermine pas de douleur dans le cas de bursite. Il en est de même si on frappe sur l'os coxal ; en somme, si on touche tout ce qui peut mobiliser l'os coxal (Péan).

Dans l'affection de la bourse, s'il y a changement d'attitude, c'est après un temps assez long, le plus souvent après l'ouverture de la collection. On remarque en général l'abduction et l'allongement apparent. Dans la coxalgie, on

observe à la fin l'adduction et le raccourcissement. Dans les tumeurs de la bourse, la tuméfaction apparaît au niveau du trochanter ; la tumeur est aplatie dans les mouvements d'extension de la cuisse, la fistule apparaît au-dessous du trochanter. Dans la coxalgie, la tuméfaction peut siéger en avant, les fistules situées à la partie postérieure de l'articulation sont plus en dehors. Enfin, dans l'abcès de la bourse, il y a amélioration à l'ouverture des fistules, c'est le contraire dans la coxalgie.

7° *Abcès ostéopathique du grand trochanter*.— Le diagnostic est difficile surtout entre cette affection et une bursite fongueuse (Kœnig). Douleur fixe, persistante, exagérée par la pression en un point limité, plus violente la nuit. Dans la bursite, les mouvements au contraire exaspèrent la douleur. S'il y a une fistule, on peut reconnaître avec la sonde si le trochanter est sain. Les deux lésions peuvent coexister, l'une pouvant engendrer l'autre, il est alors difficile de reconnaître la lésion primitive.

8° *Abcès froids idiopathiques profonds*.— Ils sont rares, se distinguent en ce qu'ils n'ont pas de siège précis, qu'ils sont moins bien limités que les abcès de la bourse trochantérienne. Ils présentent une tuméfaction diffuse, globuleuse et indolore de la région fessière avec sensation de flot et souvent abaissent le pli fessier. Pas de douleur à la pression sur le trochanter ou ayant son maximum sur cette apophyse.

9° *Sacro-coxalgie suppurée*.— Le pus peut suivre le muscle pyramidal et apparaître sous le grand fessier. Il n'envahit pas la région trochantérienne proprement dite. Il n'y a pas de douleur à la pression sur le trochanter, mais empâtement de la région sacrée; douleur au niveau de l'articulation

sacro-iliaque réveillée par la pression en cet endroit, la flexion du tronc ou bien si on cherche à rapprocher les épines iliaques en saisissant le bassin à pleine main ou encore si on soulève le malade et si on le laisse retomber. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont indolores le bassin étant fixé. Le malade ne peut supporter la position debout ou assise.

TRAITEMENT.

Si l'on se trouve en présence d'un individu chez qui on craint une suppuration de la bourse séreuse, après une contusion, par exemple, il faudra avoir recours à un traitement prophylactique (Nancrède, *loc. cit.*). On emploiera les antiphlogistiques, les émollients et surtout l'immobilisation. Ici, en effet, la suppuration est bien plus fréquente que dans la bourse de l'articulation scapulo-humérale, car le malade immobilise plus difficilement le membre inférieur que le supérieur. Si on suppose l'existence d'un épanchement séro-sanguin traumatique, Verneuil conseille l'abstention, le repos. Guyon, la ponction et la compression.

La suppuration d'un hygroma ancien exige, dit Saint-Germain, l'intervention chirurgicale la plus large.

Dès qu'on a la certitude que le pus est formé dans la bourse trochantérienne profonde, l'indication est formelle, il faut lui donner issue (Péan). La temporisation est encore moins de mise que pour l'abcès de la bourse sous-cutanée. L'inflammation a la plus grande tendance à se transmettre aux tissus voisins. Si l'on attend, des accidents se produiront et l'ouverture spontanée se fera dans de mauvaises conditions.

Quels moyens emploiera-t-on pour donner issue au pus?

1° *La ponction;* elle se fera avec l'aspirateur de Potain, on fermera la petite plaie avec du collodion ou du diachylon pour empêcher l'entrée de l'air. Mais même dans les cas non spécifiques, le pus se reproduit à cause de l'irritation des parois de la bourse par le tendon du fessier. Il faut alors avoir

recours à des ponctions successives. On laisse dans la poche des caillots, des grumeaux, et si la poche est divisée en plusieurs cavités, on peut ne pas évacuer tout le pus. De plus, cette méthode est absolument insuffisante dans les cas d'affection tuberculeuse. On peut à la rigueur employer la ponction au début; elle n'est pas douloureuse, ne cause pas de réaction générale et est d'un grand secours lorsqu'on est embarrassé pour le diagnostic.

Ponction et injection irritante. — Cette méthode ne donne pas de bons résultats. Nous verrons plus loin les dangers de ces injections. Il y a eu insuccès dans l'observation VII.

Drainage. — Il consiste à traverser la cavité de un ou de plusieurs tubes, que l'on place dans diverses directions pour faciliter l'écoulement des liquides. Mais ici il est insuffisant, le pus et les grumeaux pouvant rester dans les anfractuosités. Pour l'hygroma suppuré de la bourse prérotulienne, Revol (thèse, Paris 1885) cite 18 cas où ce traitement a été employé. Dans 8 cas, il a donné lieu à des complications (angioleucites, abcès du voisinage).

Drainage et injections. — Chassaignac injectait de la teinture d'iode. On peut se servir de solutions alcoolisées, phéniquées ou sublimées. L'inefficacité du traitement vient de ce que dans les autres abcès, le pus étant évacué, les parois peuvent se vasculariser et donner naissance à des bourgeons charnus. Ici les parois sont irritées au moindre mouvement.

On a essayé de détruire les parois en les irritant et en amenant une inflammation nouvelle. M. Desprès injecte (thèse Lullien, 1879) une solution de chlorure de zinc au 1/10, et renouvelle tous les 8 jours; mais ce procédé ne peut pas s'employer s'il existe une suppuration étendue. Il serait

imprudent d'injecter un liquide dans une cavité dont on ne connaît ni les limites, ni les rapports, les caustiques pouvant amener une hémorrhagie par destruction de la paroi d'un vaisseau.

Tous ces procédés seront illusoires dans le cas d'affection tuberculeuse. Peut-être pourrait-on essayer les injections d'éther iodoformé, en immobilisant aussi le membre pour empêcher l'irritation des parois. Il est préférable d'en arriver à une opération sanglante. Il n'y a que cette méthode possible pour les kystes à grains riziformes ou les tumeurs solides formées dans la bourse trochantérienne.

Avec l'*incision* seulement, on peut espérer une cure complète.

Elle doit être faite parallèlement à l'axe trochantérien et demande à être longue (Péan). Chassaignac la veut aussi sur toute l'étendue de la poche; c'est, en effet, utile pour les vastes abcès aux parois anfractueuses. Sous le spray, après avoir lavé soigneusement la région et y avoir passé de l'éther, on coupe les divers plans sur la sonde cannelée, on lie les vaisseaux que l'on rencontre. Le pus étant écoulé en partie, on agrandit l'incision, s'il y a lieu. On enlève tout ce qui se trouve dans la poche (fausses membranes, grumeaux, grains riziformes), on regarde et on explore avec le doigt et la sonde cannelée pour s'assurer de la nature des parois, de l'état de l'os et de la non existence de diverticules. S'il y a des fongosités ou un épaississement anormal de la paroi pouvant gêner la cicatrisation, on doit enlever ce qu'on peut de la paroi en râclant avec la curette de Wolkmann. Si le trochanter est atteint, même légèrement, il faut le ruginer. *On doit enlever le mal, rien que le mal; respecter ce qui est sain, tout ce qui est sain* (Chandelux). Delorme, dans le cas d'un abcès parti de la fesse et ayant fusé à la partie postérieure de la cuisse, a râclé des fongosités situées le long du nerf

sciatique. Le malade guérit, et il ne survint aucun trouble trophique ou paralytique du pied ou de la jambe. Dans un autre cas analogue, il a enlevé le muscle biceps qui était lésé. On aura soin d'éponger de temps en temps et de faire couler dans la plaie de l'eau phéniquée ou du chlorure de zinc.

On place un, ou s'il y a lieu, plusieurs drains dans des directions divergentes, afin de pouvoir atteindre par des lavages toutes les parties de la poche. On injecte de l'éther iodoformé et on saupoudre d'iodoforme. On peut remplir la poche de boulettes de gaze phéniquée ou iodoformée. On applique un pansement antiseptique, on recouvre de blocs de coton qui forment une compression méthodique déjà assurée par le repos horizontal. Nancrède propose, le membre étant enveloppé dans un bandage roulé, de fixer, par une deuxième bande, des éponges sèches sur la partie à comprimer; si on mouille, les éponges se gonflent et exercent la compression. La vascularité et la déclivité de la région sont des conditions favorables à la cicatrisation. On refera en temps utile le pansement, et on fera par les drains des injections de liquides antiseptiques, liqueur de Van-Swieten, chlorure de zinc, eau phéniquée et surtout éther iodoformé. Ce dernier liquide a l'avantage de porter l'agent antiseptique dans toutes les anfractuosités, et exerce une action très favorable sur les productions tuberculeuses. Sous l'influence de ce traitement, il n'y aura pas de complications à craindre, et généralement pas de formation du pus.

On peut, au lieu du bistouri, se servir du thermo-cautère. Ce procédé est surtout employé par Mollière. Péan le préfère, Besnier l'emploie pour le traitement des synovites fongueuses. L'opération comprend trois temps : 1° on sectionne la peau et les tissus qui recouvrent la bourse; 2° on ouvre la poche, dont on vide le contenu ; 3° on touche avec le

couteau, au rouge sombre, la paroi interne de la cavité; on évite ainsi l'hémorrhagie. Certains chirugiens préfèrent la cautérisation des parois à leur grattage, et prétendent favoriser ainsi l'élimination des parois et le recollement de la plaie. On a objecté à cette méthode de laisser des cicatrices gênantes, et d'augmenter la longueur du traitement. Néanmoins, Reclus (*Gazette hebdomadaire de médecine*, novembre 1881) cite un cas de réunion par 1re intention, après une opération au cou avec le thermo-cautère. La section des lambeaux était si nette, qu'il a essayé la réunion le deuxième jour. Il prétend que cette réunion immédiate est possible. La condition *sine quâ non* est la cautérisation avec un thermo-cautère à peine rouge.

On a employé encore l'*extirpation*, mais elle n'est guère possible que dans les cas de tumeurs petites, sans rupture des parois ni propagation de l'inflammation aux tissus voisins; elle pourrait surtout servir lorsqu'il y a épaississement des parois ou tumeurs solides développées dans la bourse séreuse. Elle se pratique de deux façons, soit qu'on enlève le kyste sans l'ouvrir, soit qu'on incise la tumeur et qu'on dissèque les lambeaux de la capsule.

Si on veut enlever la bourse séreuse sans l'ouvrir, on peut avoir recours à l'artifice employé par Pozzi pour un hygroma prérotulien. L'abcès ponctionné, vidé, on injecte dans l'intérieur de la paraffine liquéfiée, puis on pulvérise de l'éther sur la tumeur et quand la paraffine est solidifiée, on abrase, on sculpte la membrane limitante. Cette méthode est basée sur ce que, dans le cas de collections tuberculeuses, les tissus indurés voisins et la membrane d'enveloppe contiennent des follicules tuberculeux que le râclage ne pourrait faire disparaître.

Nous citons ici une observation de Verneuil (*Bulletin de chirurgie* 1885, page 108).

« Verneuil a traité une dame d'environ 50 ans pour un »énorme kyste hématique de la fesse d'origine traumatique. »Il remontait à une dizaine d'années et avait succédé à une »chute de voiture; à la suite d'une deuxième chute, il avait »beaucoup augmenté de volume. Il s'était développé dans la »bourse trochantérienne et avait poussé des prolongements »de tous les côtés. J'essayai d'abord de disséquer la poche, »mais je dus y renoncer à cause de l'hémorrhagie qui survint; »je me contentai d'ouvrir largement la poche avec le thermo-»cautère et l'écraseur, puis je grattai la face interne et la cau-»térisai ensuite. Pansement à plat; guérison au bout de deux »mois et demi. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire, dans ce »cas, d'extirper la poche.»

Trélat, au sujet des abcès froids, croit que la trame fibreuse externe de la poche n'est pas tuberculeuse. L'excision serait donc inutile, difficile et augmenterait les dégâts ; il suffit de râcler la surface interne.

Que doit-on faire lorsqu'on est en présence d'une fistule ? Si on n'en connaît pas l'origine, dit Nancrède, il faudrait la dilater pour permettre l'introduction du doigt. On reconnaîtrait ainsi la cause de la lenteur de la cicatrisation. C'est ce qu'a fait Teale (*The Lancet*, octobre 1870) ; il constate que le trochanter est intact et que la bourse seule est atteinte. Il divise l'extrémité du tendon fessier formant bride et enlève les fausses membranes avec le doigt. Il est préférable d'inciser largement la poche et de ne pas couper le tendon fessier. Cette pratique serait d'ailleurs inutile dans le cas d'affection tuberculeuse. On peut, pour faire cicatriser les fistules, si elles persistaient après l'opération (observation I), injecter des solutions alcoolisées, phéniquées, au sublimé, au chlorure de zinc. Hallischer, à Vienne, en 1887, prétend avoir employé avec succès les injections de phosphate, acide de chaux, dans les abcès froids et les fistules. L'éther iodoformé et les

crayons d'iodoforme sont préférables. Si tout cela a échoué, on peut râcler les parois de la fistule, même la débrider sur la sonde cannelée ou la cautériser au thermo-cautère.

En général, en faisant l'opération sanglante, il faudra avoir recours au chloroforme pour anesthésier le malade. Cependant, si l'abcès est de petite dimension, on peut donner une potion au chloral et au laudanum et, de plus, verser de la cocaïne dans la cavité.

Dans le cas où la suppuration, même de nature non spécifique, dure depuis longtemps, il est nécessaire d'instituer un traitement médical pour soutenir le malade. Ce traitement est encore plus indiqué, lorsque la lésion est de nature tuberculeuse. Sans lui, on ne peut espérer voir des résultats durables. Verneuil (Etudes sur la tuberculose, 1887) a remarqué que certaines opérations pratiquées sur des foyers tuberculeux périphériques pouvaient aggraver les lésions viscérales préexistantes, et provoquer surtout l'apparition de formes graves de tuberculose (granulie, méningite tuberculeuse). Ces cas s'observent principalement sur des sujets opérés sans avoir été soumis à un traitement pharmaceutique et hygiénique convenable. Selon Verneuil, lorsqu'on opère sur un foyer tuberculeux, il y aurait mise en liberté des microbes qui pénètreraient dans la circulation, s'arrêteraient dans divers organes, où ils formeraient des dépôts secondaires.

On peut s'y opposer: 1° en détruisant poison et foyer (ablation ou râclage); 2° en détruisant le poison dans le foyer au moyen de l'iodoforme ou des antiseptiques; 3° le poison dans la circulation au moyen de l'iodoforme à l'intérieur, 0,05 à 0,15 par jour. Verneuil espère ainsi avoir rendu le sang parasiticide. Il continue pendant longtemps, avant et après l'opération, sans interruption, et prétend assurer aussi le succès de l'opération et prévenir les complications.

D'autres moyens sont aussi nécessaires. Il faudra placer le

malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles; l'exposer longtemps au grand air et au soleil, qui exercent une influence modificatrice énergique ; ranimer les fonctions du tube digestif par les amers, les préparations de quinquina ; donner une alimentation reconstituante, azotée, des vins généreux ; favoriser la nutrition par les préparations iodées, les arsenicaux, et des matériaux réparateurs tels que le lait, l'huile de foie de morue et les préparations ferrugineuses.

Comme il peut y avoir, à la suite de la guérison, de l'atrophie du membre, de la raideur musculaire, de l'impotence fonctionnelle des muscles, il sera souvent nécessaire d'avoir recours à des douches, des bains sulfureux (les eaux de Barèges ont eu un bon résultat chez l'individu de l'observation I), à l'emploi de l'électricité. Les courants continus serviront à nourrir, à fortifier le muscle ; les courants interrompus, à lui rendre sa contractilité. Il peut y avoir aussi des adhérences pouvant limiter ou gêner les mouvements. On fait exécuter au membre des mouvements méthodiques avec prudence. Si les mouvements étaient impossibles, on pourrait anesthésier le malade et exécuter des mouvements forcés.

Observation I.

(Personnelle).

Affection fongueuse de la bourse trochantérienne.

C... Jean, 25 ans, caporal au 55^{me} de ligne, entre à l'hôpital de Nimes le 7 janvier 1887. Il est au service depuis 4 ans. Sa mère est vivante, mais elle est assez faible, sujette à s'enrhumer et tousse constamment. Son père est mort à 55 ans. Ses frères et ses sœurs se portent bien, sauf un qui

a eu le cou gonflé et est assez faible, probablement scrofuleux. Le grand-père est mort de pleurésie. C... était cultivateur aux environs de Corte, dans un pays sain, non humide; il n'a fait d'excès d'aucune sorte, n'est pas alcoolique, rhumatisant, syphilitique ou scrofuleux.

C'est un garçon assez vigoureux, mais lymphatique. Vers l'âge de 15 ans, et sans cause appréciable, il a souffert du cou de pied droit (même côté que la lésion actuelle). Le cou de pied s'est enflé, est devenu rouge, très douloureux. Une incision a donné issue à du pus. La cicatrice est verticale à côté de la malléole externe. Il s'est alité très peu de temps, a souffert neuf mois, et a été guéri après un séjour aux bains de mer. Actuellement, il ne souffre plus et les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont libres. Vers 17 ans, il a eu les fièvres intermittentes, un peu plus tard la rougeole et des hémorrhoïdes.

Il est arrivé au régiment en bonne santé (décembre 1882). A son arrivée au corps, il coucha par terre pendant deux mois, sur une simple paillasse, par un temps humide et froid (janvier). En dernier lieu, il avait été employé à creuser des tranchées, avait fait de longues marches et était au peloton d'instruction pour passer caporal. Il était donc surmené.

En mars 1884, il commence à se sentir gêné dans la marche. Sa jambe droite lui paraissait plus lourde et très légèrement douloureuse. Il montait difficilement les escaliers. Il se produit un gonflement dans la région trochantérienne, avec douleur à la pression. La peau est un peu tendue, mais sans rougeur, ni chaleur. Malgré cela, C... continue son service pendant six à huit jours et rentre à l'infirmerie (11 mars 1884). Le major lui fait une incision petite, mais profonde, à 4 centimètres environ plus bas que le grand trochanter. Il sort par l'ouverture une assez grande quantité de pus jaunâtre, mêlé de sang et de débris; quelques jours après,

on agrandit l'incision. Chaque jour, injections d'eau alcoolisée ou phéniquée.

Dans l'intervalle, il s'écoulait très peu de pus par l'incision et le malade pouvait se lever de temps en temps. Il reste ainsi quarante-six jours à l'infirmerie, et entre à l'hôpital d'Alais le 19 avril 1884. L'état du malade était à peu près le même qu'à sa rentrée à l'infirmerie. Il existe un trajet fistuleux partant de l'incision, remontant vers le trochanter, et formé spontanément. Injection dans le trajet avec glycérine iodoformée. Pansement phéniqué. Les fistules se cicatrisent et le malade sort, présentant une grande amélioration le 3 juin 1884. Il n'y avait plus que de la gêne en marchant, une légère claudication et de l'empâtement à la fesse.

Après quatre mois de convalescence, C... rentre au corps et reprend son service. Il éprouvait toujours une sensation de pesanteur, la région trochantérienne était empâtée. En octobre 1886, la cicatrice s'ouvre et donne issue à du pus; un écoulement assez faible s'établit; malgré cela, le malade ne souffre pas beaucoup et reste au régiment. Après un refroidissement, les douleurs augmentent et notre militaire entre, en janvier 1887, à l'hôpital de Nimes, dans le service de M. le médecin principal Dérazey.

8 janvier. *Examen.*— Le malade est couché sur le côté sain, la cuisse fléchie sur le bassin. Il y a une tuméfaction de la région fessière, s'étendant jusqu'en haut de la partie postérieure de la cuisse. La pression sur la fesse fait sortir du pus par la fistule. La flexion et l'extension de la cuisse sur le bassin sont douloureuses, mais possibles. La pression sur le pli inguino-crural ne détermine pas de douleur; celle-ci est seulement produite en arrière, surtout au niveau du trochanter. Aucune douleur, soit spontanée, soit à une forte pression, le long de la colonne vertébrale, sur le sacrum et le bassin; pas

de déformation. L'état général est bon, il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé. Rien à l'auscultation.

9 janvier. On fait deux incisions profondes, l'une à la place de la première, l'autre (2 à 3 cent.) plus bas et plus loin du grand trochanter; on place un drain passant sous la fesse et sortant en haut de la partie postérieure de la cuisse, mais de l'inflammation se produit avec une forte suppuration et de vives douleurs.

15 janvier. On pratique une incision de 10 centimètres en agrandissant la première qui a été faite. Le muscle grand fessier est incisé sur la même longueur. Une assez grande quantité de pus s'échappe. On trouve à ce moment un trajet fistuleux descendant vers la partie postérieure de la cuisse. On râcle le clapier avec la curette de Wollkmann et on introduit, par le trajet, un drain par lequel on fait des injections phéniquées. Le malade supporte bien l'opération; l'état général n'est pas modifié. Tous les quatre jours environ, pansement avec iodoforme, gaze iodoformée et coton salicylé pour absorber le pus qui s'écoulait en petite quantité, il est vrai.

1er février. Une troisième ouverture est percée et on place un autre drain. Les trois ouvertures donnaient du pus si on pressait au milieu de la fesse; l'ouverture supérieure avait de la tendance à se fermer. Toujours lavages phéniqués et pansements antiseptiques.

25 mars. L'empâtement et le gonflement ont gagné toute la fesse et une partie de la région postérieure de la cuisse. On endort le malade au chloroforme et on incise profondément, depuis le grand trochanter et un peu au-dessus jusqu'à 5 centimètres environ du creux poplité. On tombe sur une cavité sous-fessière et s'étendant dans les muscles de la partie postérieure de la cuisse remplie de pus; les parois sont tapissées de fongosités saignantes. La poche adhère

au grand trochanter; à la vue et au toucher, on s'aperçoit que l'os est intact. On râcle les parois avec la curette de Wollkmann; on lave soigneusement la poche avec la solution phéniquée forte et de l'alcool camphré très concentré. On suture partiellement, après avoir bourré la cavité de boulettes de gaze iodoformée. Lavage et pansement sont renouvelés tous les 4 ou 5 jours.

Le malade a peu souffert après l'opération; la température n'a jamais dépassé 37°6. L'appétit est revenu vite, ainsi que les forces; toujours état général bon. La plaie se cicatrise bien; des bourgeons charnus, exubérants, sont cautérisés de temps à autre avec le crayon de nitrate d'argent. Le malade ne souffre plus.

10 mai. Il ne reste plus que deux petites ouvertures qui laissent écouler très peu de pus, et par lesquelles on introduit des crayons d'iodoforme.

1er juin. Le malade pouvait marcher en s'appuyant sur une béquille.

10 juin. Un érysipèle se déclare: il est localisé autour de la plaie, à la cuisse et à la fesse. Traitement approprié; guérison après 10 jours. La cicatrice présentait, peu après, un mauvais aspect qui disparaît bientôt.

5 juillet. Le malade ne souffre plus; il peut marcher avec une canne; néanmoins il se lève très peu, car il est fatigué après la marche. Les fistules ont été cautérisées au thermocautère, et il ne reste que quelques bourgeons charnus, exubérants, que l'on cautérise.

20 juillet. La plaie est entièrement fermée; la cicatrice allant du trochanter à la partie postérieure de la cuisse est profondément déprimée. Le malade ne souffre plus, dort bien, a bon appétit et reprend des forces; la jambe du côté atteint est raccourcie de 2 centimètres. Claudication; marche assez facile avec une canne; quelque souffrance très légère

lorsque le malade appuie avec la jambe atteinte. Rien à l'auscultation. C... avait été réformé en juin ; en août, il fait une saison à Barèges, et revient guéri dans sa famille.

Observation II.

(Péan, Cliniques, t. v, 1887).

Fistule de la région trochantérienne symptomatique d'un hygroma chronique de la bourse trochantérienne.

M... Marius, 16 ans, tourneur sur fer, entré le 9 mai 1884, salle Cloquet. Gourmes dans l'enfance; excellente santé du reste. A l'âge de 8 ans, sans cause connue, abcès peu douloureux, car la marche était possible, situé à 5 centimètres au-dessous du grand trochanter droit. Ouverture accidentelle par un coup de pied ; fistule consécutive. Trois ans après, elle persistait encore ; débridement avec le bistouri; cicatrisation au bout de deux mois. Un an plus tard, nouvel abcès à la partie supérieure du trochanter; ouverture spontanée; fistule fermée également d'elle-même au bout de 12 mois. Enfin, il y a 6 mois, troisième abcès, cette fois au siège du premier; ouverture naturelle le huitième jour ; fistule depuis lors.

9 mai. État actuel. Jeune homme vigoureux, un peu lymphatique. Sur la région trochantérienne, cicatrices adhérentes et une fistule qui va, en décrivant une courbe à convexité profonde, jusqu'à la cicatrice sus-trochantérienne; l'os ne paraît pas dénudé ; les mouvements de la hanche sont indolents et libres. Toutefois, l'abduction est un peu sensible.

17. Opération. Incision verticale, couche par couche, au thermo-cautère; mise à nu du trajet fistuleux et de la bourse trochantérienne. Elle est très large, à parois épaisses et tapissées de fongosités ; grattage. On aperçoit alors : 1° un trajet postérieur allant vers l'ischion; là, une contre-ouverture est pratiquée. Grattage du trajet, passage d'un gros drain ;

2° un petit prolongement inférieur qui est débridé; tube vertical, réunion partielle par quelques points de suture, pansement phéniqué.

23. Détersion des plaies, réunion partielle profonde, indolence. État général bon.

1er juin. Ablation de tous les tubes.

22. Depuis 10 à 12 jours, quelques souffrances au siège de l'ancien trajet vertical.

28. Disparition des douleurs; cicatrisation de la plaie inférieure. La supérieure a encore 7 à 8 centimètres de long sur 15 à 20 millimètres de large. Évacuation à Vincennes.

Observation III.

(Robert, Clinique chirurgicale, 1860).

Concrétions fibrineuses de la bourse trochantérienne.

Femme de 30 ans, lymphatique. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, douleur profonde à la hanche, s'irradiant au genou, marche pénible. Ouverture d'une fistule. Les mouvements de l'articulation étaient faciles. Avec le stylet, on pénètre dans une cavité assez vaste, à surface rugueuse, inégale, dure, présentant une crépitation rude et fine ressemblant à de la carie. Dans d'autres points, le stylet pénétrait à une certaine profondeur, comme cela se voit dans les os ramollis par la suppuration.

Large incision; l'os est sain; on trouve dans la bourse des concrétions très dures. Au microscope, on voit qu'elles sont formées de fibrine, associées à des globules de pus. Badigeonnages à la teinture d'iode. Guérison.

Observation IV.

(Péan, Cliniques, t. v, 1887).

Fistule trochantérienne consécutive à un hygroma trochantérien suppuré

B.... Louis, 17 ans, entre le 17 mai. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux et syphilitiques héréditaires ou acquis. Bonne santé habituelle, mais constitution chétive. Il y a 6 ans, chute sur le trochanter. Abcès volumineux. Continue à travailler pendant trois mois, malgré de vives douleurs. A ce moment, ouverture spontanée de l'abcès, écoulement d'un flot de pus, disparition des douleurs. Deux ans après, nouvel abcès. Réouverture de la fistule.

État actuel. — La région trochantérienne gauche est déformée par une tuméfaction légère et diffuse. A 2 centim. au-dessous et en arrière du grand trochanter, orifice fistuleux en activité, occupant le centre d'une dépression. Toute la région est empâtée, mollasse, pseudo-fluctuante comme lorsqu'il y a des fongosités. Le stylet se porte en avant et en haut, et pénètre dans un cloaque fongueux, sans dénudation apparente. Rien ailleurs. État général satisfaisant.

17 mai. Anesthésie. Avec le thermo-cautère, sur la sonde cannelée, incision parallèle de 8 centim., au bord postérieur du grand trochanter. De sa partie moyenne, on fait partir un deuxième débridement transversal de 4 centim.; râclage des fongosités. On voit alors que le cloaque s'étend vers le triangle de Scarpa. Comme il est impossible d'atteindre ces limites de ce côté, incision verticale en avant du grand trochanter sur une longueur de 5 centim. Grattage de la partie correspondante du cloaque. De là part un trajet fistuleux profond, conduisant par une sorte de bouton-

nière dans un diverticule peu étendu; au-dessous du vaste externe, râclage de ses parois. Là encore pas d'os dénudés. Lavages antiseptiques et tube transversal.

Suites de l'opération heureuses, mais la guérison n'est complète qu'en septembre.

Au commencement de novembre, à la suite d'un coup sur cette même région trochantérienne, nouvelle poussée subaiguë douloureuse, quoique permettant la marche. Elle força le malade à revenir dix jours dans le service et disparut rapidement.

Observation V.

(Fontan, professeur à l'école de Brest, *in* thèse Gouzer, Paris 1885).

Hygroma de la bourse trochantérienne profonde gauche.

Matelot, entré à l'hôpital de Toulon en 1882, avec le diagnostic coxalgie, mais on reconnaît l'articulation intacte. Il y avait une affection douloureuse de la région pelvi-trochantérienne avec flexion, *adduction*, rotation en dedans, douleur à la pression sur le grand trochanter et souffrance dans l'abduction.

Ce malade, atteint de fièvre typhoïde, passe dans le service des fiévreux, où il meurt.

Autopsie. — L'articulation coxo-fémorale gauche est saine, ne contient pas de liquide. Les surfaces osseuses ont leur poli ordinaire. Il n'existe ni dans l'articulation ni autour aucune trace d'inflammation; le psoas, la fosse iliaque, l'articulation sacro-iliaque sont indemnes. Mais on remarque un empâtement de la région trochantérienne. En incisant, on voit les plans sous-cutanés épaissis et infiltrés de sérosité. Le tenseur du *fascia lata* est aminci. Sous le deuxième feuillet aponé-

vrotique, on trouve une petite masse pâteuse, molle, de forme aplatie, mobile sur le grand trochanter. Cette poche est entourée d'un tissu lamelleux, lâche, non enflammé. Incisé sur place, ce corps présente une paroi et une cavité contenant du pus concret, caséeux, presque sec. La poche excisée, vidée et lavée, présente une surface interne inégale, revêtue de fausses membranes friables, superposées en plusieurs lamelles. La poche elle-même est formée de tissu fibreux épaissi. C'est manifestement une poche d'hygroma ancien ayant suppuré, et dont le pus a subi la caséification. Le malade a succombé à une fièvre typhoïde, dont on trouve les lésions. Aucune trace de tuberculose.

Observation VI.

(Chantemesse, *in* thèse Dudon 1880).

D....., 53 ans, rentre, le 31 décembre 1879, à la Pitié. Il s'est aperçu, il y a 4 ans, de l'existence d'une tumeur du volume d'une noisette située sur le trochanter. Il y a 8 mois, la tumeur devint douloureuse, surtout pendant les efforts.

Au niveau du grand trochanter droit, mobile sous la peau et sur l'os, dure et acuminée, telle se présente la tumeur.

M. Polaillon l'opère le 5 janvier. La peau incisée, il circonscrit la tumeur; c'est la bourse trochantérienne hypertrophiée qui adhère au périoste. Il l'enlève et laisse l'os à nu. Elle est composée d'un tissu blanc et fibreux, mais on reconnaît au centre les vestiges d'une cavité. Les lèvres de la plaie sont réunies par le fil d'argent, et le pansement de Lister est appliqué. La réunion immédiate ne se fait pas bien et la plaie suppure toujours un peu. Les bords sont douloureux et gonflés. Cependant l'état général se maintient absolument

bon, peu à peu la suppuration devient très minime, se tarit et le malade sort guéri le 25 avril. Le centre de la plaie s'est soudé à l'os, de telle sorte qu'elle présente maintenant une excavation infundibuliforme adhérente au grand trochanter.

Observation VII.

(Personnelle).

Affection fongueuse de la bourse trochantérienne profonde.

Prosper V..., 22 ans, né dans un village du Gard, est canonnier au 19e d'artillerie depuis décembre 1886. Son père est robuste et se porte bien, sa mère est morte à 56 ans, d'une maladie aiguë, ses frères et sœurs plus âgés que lui sont en bonne santé.

Jusqu'à 16 ans il s'est très bien porté ; à cette époque, à la suite d'un effort, il ressentit une vive douleur dans la région des reins ; elle disparaît rapidement.

Il s'est fait cordonnier et a travaillé chez différents patrons, dans des locaux humides et peu aérés. Nourriture convenable, excès d'aucune sorte, ni alcoolisme, ni syphilis. En juillet 1886, il prit un bain dans le Gardon étant en sueur. Huit jours après, douleurs à la fesse et à la cuisse gauche. Le repos et des bains de vapeur le guérirent.

En novembre, il entre au régiment, malgré ses réclamations au sujet de vagues douleurs qui persistent encore à la fesse. Les manœuvres le fatiguèrent beaucoup ; les mouvements de la jambe gauche étaient assez difficiles. Pendant deux mois (novembre, décembre) il couche par terre sur une simple paillasse. En mars, il reçut un coup sur le coude droit qui s'enfle sans phénomènes aigus. En avril, en assistant aux manœuvres, il était assis sur un caisson et vivement

cahoté. Empâtement à la fesse; puis, bientôt tuméfaction notable à la fesse et à la partie postérieure de la cuisse, sans chaleur ni rougeur, mais avec de la gêne dans la marche.

Il entre le 12 mai à l'hôpital. Développement anormal de la fesse gauche. Cuisse un peu fléchie sur le bassin. Mouvements de l'article coxo-fémoral possibles. Pas de douleur en pressant au pli de l'aine. Fluctuation profonde à la fesse et dans la partie postérieure de la cuisse, communiquant entre elles. Douleurs spontanées et en pressant à la fesse. Le maximum est au niveau du grand trochanter. Fluctuation au coude. Le malade est pâle, assez maigre. A l'auscultation, submatité à gauche. Respiration rude, soufflante au sommet gauche; on entend les bruits du cœur en arrière, au sommet gauche. Quelques sibilants en avant. Expiration prolongée. Pas de déformation ni de douleur en pressant fortement sur la colonne vertébrale et le bassin. On ne peut penser qu'à une lésion locale. On institue un régime reconstituant (quinquina et fer), et on met un vésicatoire à la fesse. La collection du coude s'est vidée spontanément. L'os est sain. Pansement antiseptique.

Le 20 mai, M. le Médecin principal Dérazey pratique une ponction de la collection fessière avec l'appareil de Potain. L'aiguille est enfoncée profondément à 3-4 centimètres au-dessous du trochanter et donne issue à du pus blanc, crémeux. L'opération n'a pas été douloureuse. Le gonflement a en partie disparu, mais la gêne des mouvements spontanés du membre inférieur persiste. Dans la suite, la collection s'est reproduite peu à peu, une nouvelle ponction a été faite vers le 12 juin. La quantité de pus est moins grande que la première fois. On injecte dans la poche, avec l'appareil de Potain, une solution phéniquée à 2 0/0, que l'on retire peu après.

25 juin. La poche forme une demi-sphère coupée par le

pli fessier qui s'est un peu effacé. Il y a un prolongement de la poche à la partie postérieure de la cuisse; il est appréciable par la fluctuation. Le grand trochanter est le centre des points douloureux, qui ne s'irradient pas à plus de 3 à 4 centimètres.

Le 5 juillet, injection de chlorure de zinc. Il s'ensuit une vive irritation et des symptômes inflammatoires. L'amélioration locale ne se produit pas et l'état général est peu satisfaisant. L'opération a lieu le 12 juillet, lorsque l'inflammation est calmée. La région est rasée, lavée soigneusement, on y passe de l'éther. Le malade est chloroformisé.

Incision dans la direction de l'épine iliaque postéro-inférieure au grand trochanter. La couche cellulo-adipeuse sous-cutanée est mince. Le muscle décoloré, un peu aminci, est incisé sur la sonde cannelée; puis on trouve une poche que l'on coupe. Il en sort du pus couleur brun foncé semblable à du chocolat. On agrandit l'ouverture de la poche.

Le doigt peut contourner le grand trochanter, comme on l'a remarqué quelquefois. On voit et on sent que l'os est sain et sans rugosités. On fait une deuxième incision partant du grand trochanter, le contournant et descendant vers la cuisse. L'os est toujours sain. La poche est adhérente en partie au grand trochanter, formée de tissus lardacés, très épaisse en certains endroits. La surface interne présente des fongosités. On enlève ce qu'on peut de cette paroi. Le reste est râclé à la curette. A la partie postérieure et supérieure de la cuisse, on fait une contre-incision. Un drain introduit par en haut traverse la cavité, et sort par cette ouverture inférieure. Grands lavages à la solution phéniquée, sutures, en laissant au milieu une large ouverture, et deux aux extrémités pour le passage des drains, injection à l'éther iodoformé. Pansement antiseptique et compressif.

On doit renouveler le pansement tous les 3 ou 4 jours, à

cause de la sérosité qui s'écoule. Injections d'éther iodoformé. Le malade n'a pas souffert beaucoup et a présenté comme température maxima 38°6, le 15 juillet au soir.

19 juillet. Pansement. Écoulement de pus couleur de chocolat. Le malade est un peu affaibli.

22. Pansement. La plaie a suppuré; 38° matin, 38°7 le soir.

Dans la suite, la suppuration continue malgré toutes les précautions antiseptiques. Le malade s'affaiblit, tombe dans un état de prostration de plus en plus marqué; la température est élevée et le malade meurt le 15 août.

L'autopsie complète n'a pu être faite, mais on a constaté une collection purulente tapissée de fongosités, s'étendant à la partie postérieure de la cuisse. L'articulation coxo-fémorale et l'os étaient sains.

Observation VIII.

(Inédite, communiquée par M. le professeur Tédenat).

Bursite trochantérienne tuberculeuse.

Barthélemy C..., charron, 27 ans, entre à l'hôpital de Montpellier le 6 juillet 1886. Son père et sa mère sont morts. Ils ont toujours été bien portants ; il a une sœur rhumatisante. Il n'y a pas d'hérédité tuberculeuse dans sa famille. Lui-même n'a eu ni croûtes à la tête, ni glandes. Il a fait cinq ans de service militaire et n'a jamais été malade. Il n'est pas sujet à s'enrhumer, n'a eu ni syphilis, ni blennorrhagie. C'est un homme vigoureux, de bonne constitution. Il ne présente rien à l'auscultation.

Il y a environ deux ans, est apparue une petite tumeur au niveau de la partie postérieure du grand trochanter, doulou-

reuse seulement lorsque le malade était assis. Elle était dure d'abord, s'est ramollie et s'est percée spontanément il y a environ sept mois. Il est sorti du pus mêlé de sang, il reste encore une fistule. Plus bas, il s'est formé une seconde fistule. Du pus s'écoule actuellement par les deux orifices. Tous les mouvements articulaires existent. Il n'y a rien du côté de l'articulation, pas de ganglions iliaques pris. On explore. Par les deux fistules, avec la sonde cannelée, on arrive sur le grand trochanter. Les parois de la bourse épaissies sont rugueuses, il n'y a pas de dénudation osseuse ; on a affaire à une inflammation froide de la bourse trochantérienne.

Le 6 juillet, on fait un pansement à l'iodoforme maintenu par un spica.

Le 11 juillet au matin, on donne une potion au { chloral / laudanum

Sous l'influence de la potion, le malade a eu des vertiges qui ont disparu très vite, mais ne s'est pas endormi.

Opération.— On fait une incision réunissant les deux fistules. On râcle les parois de la bourse et même le trochanter avec la curette. On cautérise avec le thermo-cautère. On bourre la plaie de gaze iodoformée et on place un pansement antiseptique.

12 juillet (11 au soir, 37°7 ; 12 au matin, 37°5 ; pouls 80). Le malade n'a pas souffert et a dormi.

13 juillet. On fait le pansement, qui était mal serré, sans cela on aurait pu le laisser. On n'enlève pas la gaze iodoformée et on applique des blocs de coton pour faire de la compression. Pouls 64. Température 37°6-37°2. Le malade va bien à la selle, ne souffre pas et dort bien.

15 juillet. La lange est bonne, le malade a bon appétit.

17 juillet. Pansement ; pas de pus en grande quantité. On

laisse la gaze iodoformée, on recouvre toujours de gaze phéniquée et de coton sublimé.

21 juillet. La santé du malade est toujours bonne. Troisième pansement. Il s'écoule de la sérosité mélangée d'iodoforme; pas de pus; les parois sont incrustées d'iodoforme. Il n'y a ni tuméfaction, ni inflammation. Il se forme des bourgeons charnus de bonne nature. On enlève, à ce moment seulement, la gaze iodoformée, laissée dans la plaie. L'état général est toujours bon les jours suivants. Il y a une légère constipation.

26 juillet. Quatrième pansement.

1er août. Cinquième pansement. Toujours ni inflammation, ni pus, léger écoulement de sérosité mélangée d'iodoforme. La plaie bourgeonne.

15 août. Le malade sort guéri.

CONCLUSIONS.

1° La bourse séreuse trochantérienne profonde peut être atteinte de suppurations et d'affections tuberculeuses (kystes à grains riziformes, bursite fongueuse).

2° Dès qu'on est certain de l'existence du pus dans la bourse, il faut lui donner issue.

3° La guérison définitive ne pourra être obtenue que par l'ablation des parties lésées et du contenu de la poche, aussi bien dans le cas de suppuration simple que dans celui de lésion tuberculeuse.

4° La méthode de choix est l'incision de la poche avec râclage des parois et cautérisation avec le thermo-cautère.

5° L'antisepsie la plus rigoureuse est de rigueur pendant et après l'opération, cavité bourrée de gaze iodoformée, drainage, injections avec des solutions phéniquées, sublimées, surtout avec de l'éther iodoformé, pansement antiseptique et compression.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 décembre 1887.
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
J. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 décembre 1887.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Chandelux.— Synovites fongueuses (agrégation 1883).

Chassaignac.— Traité de la suppuration 1853.

Dudon.— Traitement de l'hygroma chronique, Paris 1880.

Duplay.— Péri-arthrite coxo-fémorale, Progrès médical 1874.

Gouzer.— Suppuration des bourses séreuses, Paris 1884.

Lullien.— Abcès froids de la bourse trochantérienne profonde, Paris 1879.

Mielly.— Péri-arthrite coxo-fémorale.

Nicaise.— Diagnostic des affections de la hanche (agrégation 1869).

Nancrède.— Affections des bourses séreuses. Encyclopédie internationale de chirurgie, t. III.

Péan.— Cliniques, t. I et V (1887).

Poulet et Bousquet.— Pathologie externe.

Reclus.— Pathologie externe.— Affection tuberculeuse de la bourse prémalléolaire 1882.

Renon. Affections péri-articulaires de la hanche, Paris 1874.

Revol.— Hygroma de la bourse prérotulienne. Traitement antiseptique. Paris 1885.

Richet, Sappey, Tillaux.— Anatomie.

Trainer.— Uber Erkrankungen der bursa mucosa glutœo trochanterica (Greifswald 1885).

Vacherie.— Affections de la bourse trochantérienne, Paris 1872.

Verneuil.— Etudes sur la tuberculose 1887.

Wirchow.— Traité des tumeurs.— Articles *Bourses séreuses* et *Hanche* du Dictionnaire.

Delorme.— Archives de médecine militaire, janvier 1887.— Intervention chez les tuberculeux.

Doyen.— Bursite tuberculeuse. Bulletin de la Société anatomique, octobre 1882.,

Nicaise.— Hygromas à grains riziformes, Gazette des hôpitaux, 3 juillet 1885.

Terrier et Verchère.— Synovites tuberculeuses, Revue de chirurgie 1882, p. 542.

Trélat.— Hygromas, Gazette des hôpitaux 1882.

Verneuil.— Kyste hématique de la fesse, Bulletin de la Société de chirurgie juillet 1885.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !